

## SOLICITUD DE EXENCIÓN DE INMUNIZACIÓN INSTALACIONES DE GUARDERÍA INFANTIL

En caso que desee que se exente a su niño de los requisitos de inmunización, debe llenarse esta forma, firmarse y devolverse a la instalación de guardería infantil. Como se especifica en R9-5-305 y R9-5-806 del Código Administrativo de Arizona, no se permitirá que su niño asista a la guardería hasta que se presente ya sea un registro de inmunización o esta declaración de exención. Por favor indique enseguida el tipo de exención solicitada y proporcione toda la información solicitada. En caso de brote de una enfermedad prevenible mediante vacuna de la que usted no pueda presentar la prueba de inmunidad de su niño, no se permitirá que su niño asista a la guardería hasta que termine el período de riesgo.

**RAZONES MÉDICAS** – En caso que la inmunización represente un riesgo de salud para el niño debido a condiciones médicas preexistentes, usted debe firmar la declaración siguiente *junto con la firma de su médico*. Su médico debe especificar la razón de la exención médica. La exención puede ser por una o más vacunas y puede ser permanente o temporal. En caso que la condición sea temporal, debe proporcionarse la fecha de su terminación, momento en el que el niño debe recibir las dosis de las vacunas necesarias.

**CREENCIAS RELIGIOSAS** – En caso que las inmunizaciones contravengan sus creencias religiosas, usted debe firmar enseguida para exentar a su niño de los requisitos.

**PRUEBA DE LABORATORIO** – En caso que su niño haya padecido anteriormente una enfermedad prevenible mediante vacuna, no se requiere vacunarlo contra esa enfermedad si puede proporcionarse la prueba de inmunidad de un laboratorio firmada por un médico. *Los resultados del laboratorio deben adjuntarse a esta solicitud.*

### **LLENE Y DEVUELVA ESTA FORMA A LA INSTALACIÓN DE GUARDERÍA DE SU NIÑO.**

Por medio de la presente solicito una exención de los requisitos de inmunización para el niño mencionado enseguida. Se me ha informado respecto a la inmunización y entiendo los riesgos y posibles consecuencias de esta decisión.

Nombre del Niño \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Tipo de exención solicitada:

(Marque una)

Médica \* (Ver enseguida)

Creencias Religiosas

Prueba de Laboratorio

Por las vacunas siguientes:

(Marque todas las que procedan)

Difteria     Tétanos     Tos ferina

Sarampión     Paperas     Rubéola

Polio     Hepatitis B

Influenza Hemofílica tipo B

\* En caso que se marque una exención médica, proporcione la información siguiente:

Razón de la exención médica:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Duración de la exención:

Permanente     Temporal hasta: \_\_\_\_\_

**Firmas que se Requieren:** El Padre/Madre o el tutor debe firmar todas las solicitudes y el médico debe firmar cualesquier solicitudes de exenciones médicas o por prueba de laboratorio:

\_\_\_\_\_  
Padre/Madre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Médico o Representante de Dependencia de Salud

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Fecha